

А. А. Солдатова

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания, являются основной причиной летальности населения во всем мире, по оценкам ВОЗ каждый год умирает 17,9 млн человек [1].

Инфаркт миокарда (ИМ) и сахарный диабет (СД) являются часто сочетающимися и распространенными заболеваниями. Среди пациентов с ИМ, в 20% случаев выявляется наличие СД в анамнезе, что значительно выше, чем у всей популяции [2]. Часто СД сочетается с артериальной гипертензией, дислипидемией, ожирением, макрососудистыми заболеваниями, что осложняет течение ИМ. Инфаркт миокарда – одна из наиболее значимых форм сердечно-сосудистой патологии. По данным различных исследований, он является причиной летального исхода у больных с СД в 18,5–39,0% случаев [3].

При развитии диабетической кардиомиопатии существенную роль играют три основных патогенетических механизма: метаболические нарушения, микроангиопатия и диабетическая автономная кардиоваскулярная нейропатия. Данные механизмы могут сочетаться вместе, усиливая негативное влияние на миокард, так и встречаться изолированно друг от друга.

Цель

Оценить влияние СД как фактора риска развития ИМ и оценить его влияние на развитие и течение ИМ.

Материал и методы исследования

Было проведено ретроспективное исследование медицинских карт стационарных пациентов мужчин с диагнозом «инфаркт миокарда», находящихся на лечении в УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

Оценивались: возраст, индекс массы тела (ИМТ), сопутствующие заболевания, показатели биохимического анализа крови, общего анализа крови, результаты ЭхоКГ и коронароангиографии.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия СД 2 типа. В группе 1 без СД, n=11, в группе 2, с СД n=7.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы Statistica (v. 10.0). Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, согласно критерию Шапиро – Уилка, они были представлены в формате Me (Q1; Q3), где Me – медиана, Q1; Q3 – верхний и нижний квартили. Так как данные являются непараметрическими, для сравнения двух зависимых групп использовался критерий Уилкоксона, а для оценки различий между не зависимыми группами применялся критерий Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования группы сопоставимы по возрасту. В группе 1 возраст составил 54 [47–62], в группе 2: 59 [52–64] лет.

В Группе 1 количество пациентов с трансмуральным ИМ составило 82%, с субэндокардиальным – 18% ИМ. В Группе 2 – 42% пациентов перенесли трансмуральный ИМ, а 58% субэндокардиальным. Переднюю локализацию ИМ в первой группе составили 63%, в второй группе 43%, задняя локализация 37% и 57% соответственно. При проведении коронароангиографии в Группе 1 ПМЖВ стеноз 80–90% наблюдается у 45% пациентов, в Группе 2 – 57%. Избыточная масса тела в первой группе наблюдалась у 63,3%, 27,2% имели индекс массы тела в пределах нормы и 9,2% имели ожирение 1 степени. В Группе 2 избыточная масса тела составила 28,6%, ожирение 1 степени – 42,8%, 2 степени – 14,3% и 3 степени – 14,3%.

Исходя из данных таблицы 1, достоверно, что ИМТ у пациентов из Группы два больше ($p=0,01$), что так же увеличивает риск возникновения ИМ и осложняет его течение у лиц с наличием сахарного диабета.

Имеется тенденция к увеличению показателей АЛАТ у пациентов группы 2. Также в Группе 2 присутствует тенденция к увеличению показателей СОЭ на 2-е и 9-е сутки в сравнении с группой 1, что неблагоприятно сказывается на развитии и течении ИМ, это может быть связано с иммунными нарушениями, вызванными повышением уровня глюкозы и структурно-функциональным изменениям миокарда, венечных артерий и микроциркуляторного русла[4].

Так же была замечена тенденция к увеличению показателя ИЛС у группы 1, при этом фракция выброса сопоставима с показателем группы 2, это связано с большим процентом трансмуральных инфарктов первой группе. У пациентов не имеющих сахарный диабет наблюдается бессимптомное течение и при возникновении ИМ, развивается сразу же трансмуральный ИМ, в отличии от пациентов, имеющих сахарный диабет в анамнезе, у которых чаще развивается субэндокардиальный ИМ.

Таблица 1 – Показатели пациентов

Показатели	Группа 1	Группа 2
ИМТ	26,50 [24,50–28,79]	31,90 [27,90–38,90]
АЛАТ	33,30 [16,9–54,1]	59,10 [32,0–97,70]
ФВ	62,0 [55,0–68,0]	62 [54,0–67,0]
ИЛС	1,43 [1,06–1,50]	1,25 [1,06–1,43]
СОЭ 2 сутки	10,0 [5,0–18,0]	16,0 [10,0–23,0]
СОЭ 9 сутки	20,0 [9,0–28,0]	28,0 [18,0–40,0]

Выводы

Сахарный диабет второго типа является одним из ведущих факторов развития ИМ. У пациентов без сахарного диабета чаще встречается трансмуральный инфаркт миокарда, в то время как у пациентов с сахарным диабетом наблюдаются и субэндокардиальные, и трансмуральные инфаркты миокарда, что может быть связано с более выраженными изменениями сосудов при сахарном диабете.

Показатели СОЭ имеют тенденцию к большему повышению у пациентов с СД 2 типа.

Лица, имеющие в анамнезе СД 2 типа, имеют больший процент избытка массы тела, что дополнительно негативно влияет на развитие сердечно-сосудистой патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гипертензия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/health-topics/hypertension/cardiovascular-diseases#tab=tab_1. – Дата обращения: 25.02.2024.
2. Инфаркт миокарда [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-techeniya-infarkta-miokarda-u-bolnyh-saharnym-diabetom-2-tipa>. – Дата обращения: 05.03.2024.

3. Терехова, А. Л. Сопутствующая патология и основные причины смерти больных с сахарным диабетом 2 типа по результатам аутопсий / А. Л. Терехова, А. В. Зилов, А. Л. Верткин, Г. А. Мельниченко // Сахарный диабет. – 2011. – № 4. – С. 61–64.

4. Воробьева, О. В. Клинико-морфологический случай сахарного диабета, осложненного инфарктом миокарда / О. В. Воробьева, А. В. Ласточкин // Профилактическая медицина. – 2020. – № 23. – С. 104–107.

УДК 616.131-005.6-08-071/-078

Е. Р. Солодовникова, А. М. Волчек

Научный руководитель: заведующий кафедрой Н. Ф. Бакалец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это окклюзия просвета легочного ствола или ветвей легочной артерии (ЛА) эмболом (тромбом), который мигрирует в сосуды легких с током крови, что приводит к резкому уменьшению кровотока в легких [1]. ТЭЛА представляет собой довольно частое неотложное состояние, которое может сопровождаться развитием острой правожелудочковой недостаточности, высоким риском возникновения осложнений, рецидивов данного заболевания и летального исхода. Симптоматика данного заболевания разнообразна и специфична. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) тромбоэмболия легочной артерии признана одной из наиболее распространенной причиной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний после ишемической болезни сердца и инсульта, являясь третьим по счету летальности заболеванием.

Согласно мировой статистике, в 80% случаев источником первичного тромбообразования является тромбоз глубоких вен нижней конечности и таза, существенно реже наблюдается тромбоз правых отделов, однако в 15% случаев установить первичный источник тромбоза не удается [2].

Цель

Изучить современное течение ТЭЛА, исходя из данных, полученных за 2023 год.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 10 историй болезней пациентов в кардиологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», перенесших ТЭЛА в 2023 году. В историях болезней была проанализирована взаимосвязь возникновения ТЭЛА с уже имеющимися сопутствующими заболеваниями, а также жалобы, предъявляемые пациентами при поступлении, и правильность поставленных на их основании диагнозов. Кроме того, был проведен анализ результатов исследований, имеющих характерные для ТЭЛА маркеры: изменение количества Д-димеров в динамике и наличие признаков легочной гипертензии на ЭХОКГ.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica 12.0, а также Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было обнаружено, что наиболее частыми сопутствующими заболеваниями при ТЭЛА являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериаль-